

生活困窮者への医療保障に向けた医療生協の事業と運動に関する一考察

—— 医療生協の組織的特徴に注目して ——

岸 本 貴 士

〔抄 録〕

本稿は「なぜ医療生協が生活困窮者に医療保障に向けた実践を行うのか」という問いを立て、その答えを導くために検討をしたものである。医療生協は、組合員の最大奉仕を掲げる公益性を追求する生活協同組合の中にあつて、公益性を持つ医療サービスを事業とするユニークな存在である。医療生協の組織的特徴の先行研究を整理しながら、医療生協を「組合員」「事業」「運動」の3つの視点を生協法や協同組合原則等から再検討した。医療生協の組織的特徴として、住民組合員と職員組合員による医療生協組織の共同所有と共同意思決定、公益的性格を持つ医療サービスを、公益性を持つ協同組合が事業とすることで、組合員要求を超えた公益性を持つ地域要求としての事業や運動が示唆された。医療生協の事業と運動は、歴史的変遷から「人間の安全保障」の実践であり、医療生協の組織的特徴等からも、生活困窮者への医療保障に向けた実践につながる答えを導くことができた。

キーワード：医療生協，事業と運動，住民組合員と職員組合員，コミュニティへの関与，人間の安全保障

1. 問 題 意 識

「医療生協（医療生活協同組合の略，以下，医療生協）がなぜ減税などの何もメリットもない無料低額診療事業（以下，無低診）¹をするのか」。筆者が医療生協の内外でよく質問を受けることである。「いや，それは地域の困りごとを引き受けるのが医療生協の役割だから……」としか答えられない。しかし，消費生活協同組合法（以下，生協法）に生活困窮者への支援をすべき規定があるわけでもないし，医療生協の成り立ちを知らない，そもそも生活困窮者への支援の必要性があるのか疑義がある場合，この回答は通じなくなる。本論は「なぜ医療生協が

生活困窮者への医療保障を目指すのか」, 医療生協の組織的特徴に着目して, 答えになるものへの探求が目的となる。筆者は医療生協職員として事業と運動に参画する立場にあるが, この問いは医療生協運動の根本に迫るものである。

医療生協は, 生協法によって組織運営を行い, 医療事業や福祉の事業等を行う生協法人である。生活協同組合（以下, 生協）は「共助と互助の組織」といわれる²。医療生協は, 共助の活動として公的社会保険制度を利用した医療や介護の事業を担い, 支部や班での健康チェック等の組合員活動や, 組合員どうしの助け合いの会などの実践である互助の活動があり, 医療事業や福祉事業を行う他生協法人に比べてとてもユニークな存在である。

日本における生協の起源は, 戦前の産業組合法を参考にした消費組合等に起源を遡ることができる³。医療生協は, 生協法制定による消費者主体の協同組合の位置づけを明確化し, 生協法第1条「国民の自発的な生活共同組織の発達を図り, もって国民生活の安定と生活文化の向上に期することを目的」とする, 「くらしの支え合い」が原点である。

本論では, 「医療生協がなぜ生活困窮者への医療保障を目指すのか」という問いから, これまでの医療生協に関する研究による組織的特徴を確認しながら, 改めて生協法や協同組合原則から再検討し, 導き出された論点を整理して冒頭の問いへの答えを考察して課題を整理する。

2. 医療生協に関する先行研究

「生活協同組合」について博士論文検索を行うと, わずかに23件しかヒットしない。さらに「医療生協」に限定して検索すると, わずか3件となる。また生協総合研究所「生協研究資料データベース」において, 医療生協と事業または運動の条件検索を行うと, 128件の図書が出てくる⁴。1978年から2001年まで『医療生協運動』誌や, 連合会や単協の実践等をまとめた報告書, さらに『生活協同組合研究』等の研究誌に収載された医療生協と事業と運動に関する論考等が多くを占める。先行研究に関する資料を探すと, 医療生協に関する研究は限定的で, 中心として医療生協の現場からの発信が多い。

医療生協に関する先行研究として, 医療生協がどのように誕生し, 今に至る事業と運動を進めてきたか, 歴史的研究について, いくつか概観することにする。

医療生協の歴史的研究は, 日本生活協同組合連合会医療部会（以下, 医療部会）が自身で編纂した10年史（1970）, 25年史（1985）, さらに50年史（2007）が存在し, それぞれの時代における到達点や課題, 歴史の変遷がまとめられている。ここでは医療生協がどんな形で出現し, 医療生協活動が進められたのか, 医療生協の歴史の変遷に関する論考から考える。

医療生協の系譜について, 日野（2004）は「医療生協の「4つの系譜」論批判」を示し, 現在の医療生協の系譜を体系的に, さらに理論的到達を論じる。日野は, 医療生協の歴史の変遷について篠崎の論考⁵を補強する形で, 医療生協の出自をいくつかの具体的事例を示しながら

論証した。つまり「4つの系譜」論を再検討・訂正して、「①医療生協の1つの理念的伝統、②3つの組織的先駆形態、③1つの出発点、④4つの形成的類型」を主張した。医療生協の理念的伝統とは、「患者（働くもの＝労働者・農民・勤労市民）の立場に立った親切でよい医療を提供する医療機関」という理念、②の先駆形態としてはそれぞれの発足状況等を調査した上で、無産者診療所、医療利用組合、良心的開業医があるが、先駆的形態とみなすための質的条件として①を担保した理念の実現するために、医療機関の大衆の所有の志向や、大衆的所有こそが理念実現に適すと認めていることとした、③は医療生協の直接の組織的・法人的出発点は1948年10月施行の生協法であり、②が生協法に立脚して医療生協の運動となった。④は、はじめから生協法人を選択した場合（鳥取医療生協など）、個人開業医からの転換、他法人形態からの転換、総合的生協の一分野から、として、かつての「4つの系譜」がこれらに吸収されるとした。

川口（2003）は、医療生協がなぜ生協法人という法人格を取得したのか、1950年代に創設された医療生協を中心にして生協法人選択の調査を行った。生協法人選択理由として、個人的な所有・運営ではなく、大衆所有・運営という基本理念としていたこと、さらに貧しい労働者らが自分たちの診療所を自分たちで作るには、より多くの人々から出資してもらう以外に経営基盤を固める方法はなく、開設主体としては生協法人しかなかったことを調査から見出した。

浅井（2009）は、伊勢湾台風被災地における南医療生協の設立過程を資料で追いながら、南医療生協の活動は「先駆性・開拓性・人権性」をもつ活動としてセツルメント活動の流れに位置けられると示した。災害を契機に、セツルメント活動として入った救援活動が、地域の医療要求と合致し、医療生協の組織化に導いた例を示している。浅井は、「対象」と「組織者・活動主体」の相互関係を考察し、外部支援活動によって内発性が発揮され、地域社会の人々のつながりを高めたこと、組織化は医療要求をもつ当事者運動として「地域・組合員」の変容も示した。こうした実践が「医療生協の行っている地域医療が貧困者を排除しない、また医療を疾病予防から取り組む命・健康を大切にする活動と住民に理解された」とし、「医療生協の発展方向を探ると、地域課題の解決方法としての生協活動を考えることができる⁶⁾」と指摘する。篠崎（1981）は南医療生協創設期の運動について、名古屋大学等の医系学生がその後の診療所に着任するが多くがセツルメント活動出身者だったこと、さらに南医療生協の優れた点として、理事会を中心とした民主的運営について「理事会と医師をはじめとした職員・医療機関双方が、一致して厳密に実践し、成果を積み上げて⁷⁾きた」と評価する。

医療生協に関する歴史的研究を概観すると、医療生協が地域の社会的弱者を包含する医療保障を進めたことと、また医療生協という組織のあり方について、共同所有などの大衆が担うものとして志向が見出せる。医療生協が特異な組織的特徴を持つ点は、西岡（1982）、日野（1979, 1997, 2004）、川口（1997a, 1997b, 1998, 2003）、山下（2012）、大野（2010, 2016）が論点を整理している。次節で先行研究から組織的特徴を整理する。

3. 医療生協の組織的特徴についての整理

ここでは先行研究等から見出す医療生協の組織的特徴を整理する。川口（2003）は、日本赤十字や済生会などの組織の成り立ちの医史研究を通じて、「開設主体が持つ理念や組織的特徴は、多かれ少なかれ医療従事者の働き方に影響し、利用者への姿勢にも響きあう⁸」と指摘する。同じ医療を提供する設立主体であっても、設立主体の医療への考え方次第で、提供する医療のあり方も変化してしまう。

日野（1979）は、医療生協が行う「医療活動」を分析するために、経済学の専門家による「医療サービスの社会経済的特徴づけ」を整理した。専門家たちの分析には「医療サービスの特徴づけ」として捉え、「医療要求の特徴づけ」としての位置づけがないことを整理した上で、医療要求の特徴について、6つの特徴をあげた⁹。医療要求へ対応する「医療サービスの社会的特徴」として、①連続的対人サービス、②地域固定性、③公的保障性、④専門家と国民との信頼関係の必然性の4つをあげ、医療サービスの消費を社会的共同消費と指摘する。

西岡（1982）は、医療生協の供給するサービスが「医療サービス」という特異性に大きな特徴が見出せるとする。①医療サービスそのものの特異性、特に「厳肅性¹⁰」があること、②医療サービスの供給主体は現実的にも制度的にも制限的（医師法や医療法のため）、③員外利用規制が医師法による「応需義務」で事実上行いがたい、④商品の質の良さと価格の低廉さを組合員に訴える購買生協に比べ医療生協は医療サービスを訴えるも、その質の社会的客観的評価基準が難しい（医療費は「公定」されているので、組合員か否かでの差別化が難しい）、これらがその理由となるという¹¹。

日野や西岡の指摘する医療サービスは、現代の日進月歩の医療技術で大きく違うはずではあるが、医療要求の特徴や医療サービスの特異性について、現在も状況は大きくかわるものではない。日野が提示した「自己判定困難性」などは現在も状況はかわらない。医療サービスをめぐる医療要求の特徴や特異性は、医療生協がめざした組織運営に大きく影響を与えており、医療生協の組織的特徴としても強調される。

医療部会、その後の日本医療福祉生活協同組合連合会（以下、医療福祉生協連）では、組織的特徴を自己規定して「医療生協の4つの組織的特徴¹²」をあげている。つまり①健康な人々が多数を占める医療団体である、②予防・保健・健康づくりとそれを保障する医療機関を持っている、③住民が医療参加を保障する医療機関を持っている、④組合員が主権者として活動する場としての班を持っている、である。実際に4つの組織的特徴は、当時の医療部会での論議等を通じての自己規定でもある。自己規定は、日野秀逸による私案として提起されたのがきっかけ¹³となり、その後、医療生協の4つの特徴として整理され、医療生協運動の発展を理念から支えていった。例えば日野私案「①健康な人々が多数を占める医療団体である」は、「①健康な人々が多数参加する医療運動である」（傍点は筆者）として位置づけられていた。西岡は

医療生協の特徴について、まずなによりも「医療運動」の側面を認めている。「病院を開設することだけが自己目的ではなくて、それは組合員の生命と健康を守るためのひとつの手段¹⁴⁾」とし、医療生協運動は、組合員の生命と健康を守る運動としてその存在を見出している。さらに医療生協運動が「医療の民主化」を示し、医療生協は組合員自身の保健と予防活動に非常に大きな強調点を置く「自主的保健活動」をあげる。自主的保健活動である「班」などでの組合員の医療活動への参画こそが、医療施設での医療とともに医療生協活動の双壁の一つだと指摘する。

医療生協の組織的特徴を検証した日野は、歴史的研究を踏まえ、医療生協の組合員を「住民組合員と職員組合員」という、実態に踏み込んだ指摘をする¹⁵⁾。日野(1997)は日本の医療生協の特徴を、消費者所有保健協同組合と生産者所有保健協同組合の両者を兼ね備えた独自の「日本型消費者供給者共同所有保健生活協同組合」との把握の必要性を提案した。

川口(1997)は、医療生協の組織的特徴について、①構成員、②目的、③事業・運動、④意思決定・組織運営の4つから、国連報告、医療生協の自己規定、日野による研究の再検証を行い、そこから組織的特徴を再検討した。ここから見出したのは、日野が先に提示した「日本型消費者提供者共同所有保健生活協同組合」に至るプロセスであった。

川口は、初めて医療生協として法人設立をした鳥取医療生協の歴史の変遷の研究を通じて、組織決定を行う際に、渾然とした全組合員一致、利用者意思決定、提供者意思決定、利用者提供者共同意思決定のプロセスを整理した。「医療生協の意思決定」は利用者所有・利用者意思決定だが、職員も組合員と考えれば「利用者提供者共同意思決定でなければならない」ことの発見があつてこそ、共同所有・共同意思決定がなうることを見出した。川口は「利用者所有保健協同組合を意図して始まったが、潜在的にあった共同所有の実体を、実践を通じて顕在化させ、後に認識を深めながらより的確に方針化し、利用者提供者共同所有の実体にふさわしい、利用者提供者共同保健協同組合として成長した¹⁶⁾」と見出したのである。

これは、共同所有・共同意思決定の基盤を、「ともに組合員である」職員組合員が住民組合員への働きかけ、彼らが住民組合員の主体的力量を育んだことが、結果としての共同所有や共同意思決定につながっている。川口の指摘は、職員組合員が、あるべき姿である住民組合員との共同所有共同意思決定にむけて組織で果たすべき役割に示唆的である。住民組合員への組織化については、浅井(2008)にも通じる。利用者提供者共同所有に向けて絶えず住民組合員と職員組合員とが共同の場での論議が必要で、それも職員組合員による「自己規定」がなければ進まない。川口は共同所有共同意思決定について、「日本の医療生協は住民組合員と職員組合員で構成されており、利用者と提供者の共同が実態として存在する」が、「そのままでは潜在的な特徴に過ぎない」とする。つまり住民は地域に、職員は医療機関に基盤を持った組織形成があつて、それぞれの役割を果たすことで、「住民組合員にも職員組合員にも同様に権利・義務があり、結果的にはそれらがより完全に行使できる組織機構の整備を追求してきたことが、

意思決定組織運営の歴史的過程そのものである¹⁷⁾と示した。

山下（2012）は、医療生協について、①医療の情報の非対称性へ対応できる組織として認識されている、②「参加型ガバナンス」が行われている組織であることを確認しながら、医療生協の組織的特徴について、法的側面と組織的側面からアプローチをしている。法的側面からは、生協法における医療事業の位置づけ、剰余金の割戻し規定と非営利性、員外利用規制についてのトピックを整理する。組織的側面からは、日野や川口の先行研究等から「共通点として、利用者や住民の関与という点でその特徴が指摘されている¹⁸⁾」とし、共同所有、共同生産、自治の側面を指摘する。しかし、「どの程度の組合員の関与をもって共同所有、共同生産、自治性と捉えるのかについては見解が分かれるところ¹⁹⁾」とする。山下は、医療生協の組織的特徴を条件等で不十分な点はあるものの、「共同所有、共同生産、自治」の過程に患者、潜在的患者としての住民、出資者としての組合員を取り込んでいる組織として医療生協を位置づけて、医療生協の参加型ガバナンスを検討している。

大野（2010, 2016）は、医療生協の組織的特徴について、「医療事業に関する法制度と生協法による法制度とは、理念や規範においても予定が調和されているわけではなく、そこからある種の軋轢が存在することが予想できる²⁰⁾」として、医療事業を規定する法制度と、医療生協を成り立たせている法制度との間にある緊張関係を指摘する。「医療事業は、公益性、非営利性、専門性に集約できる」が、「組合員のための組織であること、剰余金の組合員への配分が許容されていること、誰でも加入できる組合員による出資、利用、運営が行われるなどの生協の特徴²¹⁾」である共益性とは矛盾する。確かに、国民皆保険体制のもと、医療は公益性が貫かれている。矛盾を原動力に、医療事業利用者への組合員加入促進や医療事業利用以外での組合員の参加を促進する地域に根ざした組合員活動、特に自主的保健活動である班活動等を重視してきた。生協法改正に際し、大野は「医療生協の組合員のための事業という共益的性格と医療事業の公益的な性格との調和を図ることが、法制度の上でも明確にされ、公益性へのシフトが行われた²²⁾」という。また「医療生協のいわば大衆的な性格と医療事業の専門性との両立は、両者のバランスの上に成り立」ち、「組合員の主体的な力量の強化にとって、実態としての自主的な組合員活動と、仕組みとしての組合員の権限確保の双方が必要である²³⁾」として主権者としての組合員の地位の検討を提起する。

さて、医療生協の組織的特徴について先行研究を概観してきた。これらの先行研究から医療生協の組織的特徴を整理してみよう。

A) 医療生協は組合員による共同所有の組織である、B) 医療生協は組合員による共同意思決定の組織である、C) 医療生協は組合員による自治の組織である、が導き出せる。

A) B) C) の前提として、「組合員とは誰を指すのか」に大きな特徴がある。医療事業の提供者である専門職等の職員と、地域にくらす住民が「ともに組合員」である点である。川口がいうように「住民組合員にも職員組合員にも同様に権利・義務がある」ことと「それらを完全

に行使できる組織機構の整備」のできた「利用者提供者共同所有型保健協同組合」と定義できる。日野のいう「住民組合員と職員組合員」が医療生協を構成する組合員となる。

A) B) については、ペストフの「共同生産」の概念が、医療生協の共同所有と共同意思決定に重なる。ペストフは、社会サービスにおける、消費者と生産者による共同生産の重要性を説き、そのためには消費者の能力向上と権限の確保を区別しつつ、その両方の実現が必要であるとする。ペストフは、特に医療生協の班活動に共同生産者としての意義を見出し、班を「共同生産の組織」と指摘する²⁴。川口のいう利用者所有を提供者利用者共同所有にするには、提供者側の確固たる利用者本位への信念とともに、その実践の共有の実体化が必要となる。

A は共同所有を志向する手段として生協法人を選択したことが、例えば川口による鳥取医療生協の設立過程からうかがえる。「みんなのものである」という組織形態を担保できるものとして、生協法人の選択があった。生協法は、例えば「当時はこの法律は物品の購買販売を目的とする購買生協のための法律と考えられ、形のない医療を提供する生協は予定されていないと思われていた²⁵」という証言があったように、当事者たちにとってハードルが高く、現実的には知事による認可が下りないこともあった²⁶という。

川口が指摘するように、大衆所有を志向して組織づくりをする中で利用者中心としながらも、組織とともに担う職員も組合員として組織を形成することを意識することで、利用者提供者共同との視座を持ち得た。C) の自治も、医療生協の自己規定によって住民組合員である利用者所有協同組合を意図し、潜在的に職員組合員との住民組合員との共同の実体化で、所有と意思決定の共同によって自治が志向できる。

このように医療生協の組織的特徴として整理すると、前提として、住民組合員と職員組合員がともに協同して「共同所有・共同意思決定・自治」を特徴とすることがわかる。「ともに組合員である住民や職員」はどんな立ち位置で医療生協の事業と運動を進めているのか。組織的特徴のある医療生協の組合員と事業、さらに運動を再検討してみよう。

4. 医療生協における「組合員」「事業」「運動」についての論点整理

ここでは改めて医療生協の組合員と事業の位置づけを生協法で確認しながら、「組合員」「事業」「運動」について検討する。さらに医療部会及び医療福祉生協連がめざす医療生協の理念や役割等を検証し、協同組合原則から導き出す生協の本来的な役割等、生協の公益性の追求を超えた医療生協における組合員、事業、運動を整理する。

日野(2004)は、医療生協運動について、医療生協運動は生協法を基点として、全国的な生協運動の交流が生まれる過程で単協の指導部を中心に、ロジデール原則や協同組合原則への関心や理解が生じたもので、発足当初から運動して原型はなかったと指摘する。では生協法では、どう組合員や事業を位置づけているのか。法的要件の確認しながら、協同組合原則等のか

かわりを見ていこう。

1) 組合員について

生協法は第14条1項で「消費生活協同組合の組合員たる資格を有する者は」、「1 地域による組合にあつては、一定の地域内に住所を有する者、2 職域による組合にあつては、一定の職域内に勤務するもの」とする。2項で「その区域内に勤務地を有する者でその組合の施設を利用することを適当とするものを組合員とすることができる」ことを定め、1項に定める地域と職域における組合員加入では当該組合の承認が必要となる。いわゆる「2項組合員²⁷⁾」である。組合員は、加入の自由（第15条）、出資（第16条）、議決権及び選挙権（第17条）、自由脱退（第19条）など、生協の事業利用のための加入だけではなく、事業に関わる議決権及び選挙権を、出資金額に関わらず1個の権利を有する。組合員は、1,000万円の出資をしている組合員も、1,000円の出資をしている組合員も、一人一票である。株式会社のように株主の株保有割合が多い者が議決に有利に働く仕組みではない。民主的な組織運営の所以である。

組合員についてICA（国際協同組合同盟）声明による協同組合原則²⁸⁾に照らして見てみよう。ICA声明では、協同組合を「協同組合は、人びとの自治的な組織であり、自発的に手をむすんだ人びとが、共同所有で民主的に管理する事業体を通じて、共通の経済的、社会的、文化的ニーズと願いをかなえることを目的とする」として定義する。特に、第1原則（自発的で開かれた組合員制）「組合員としての責任を受け入れる意思のある全ての人々に対して開かれている」、第2原則（組合員による民主的管理）「平等の議決権」は、まさに生協法そのものの組合員の定義でもある。

生協は「組合員に最大奉仕を目的とする」（第9条）のであって、組合員ではない人たちの生協事業の利用は原則できない。「員外利用規制」がそれである。旧生協法では医療事業を行う際には員外利用の許可を所轄官庁に得ていたが、改正生協法で医療事業と福祉事業は生協法施行規則第9条に利用分量割合が示されている。

「組合員への最大奉仕」を掲げる生協では、組合員をどう捉えるかは問題である。組合員以外の利用を認める規定が「員外利用」となる。組合員利用と員外利用について考えてみよう。

小川（1989）は、大店法改正による生協規制を含んだ情勢や員外利用禁止規定について、生協法制定国会における政府説明資料や国会答弁から、消費生活協同組合とは何か、「医療生協の憲法的意義」を検討した。当時の提案理由説明では「自主・自発」「民主主義」を強調し生協法は「民主的基準」で、「生協活動を規制することは立法趣旨ではない」こと、要件として「各国共通の原則に基づく組合基準を掲げ」て、事業は「組合員のため」ではあるが、員外利用ができる点に力点を置いた印象を与えるもの」と指摘する²⁹⁾。「国民生活の安定、生活文化の向上のための自発的協同組織としての生協の結成は、勤労人民が生命・自由・幸福追求に対する権利の実質的平等を求め、健康で文化的な生活の実現を求めている団結体として、生存権に基礎

をおくもので、憲法13条と14条をふまえた25条（より厳密には、25条と28条）に根拠する」ことによって、憲法の諸原理・諸条項が生協法に貫徹し、「とりわけ医療生協は社会保障権・健康権を守るための団結体として位置づけられることができる」とする³⁰。小川は、地域住民の医療アクセスを考えれば、地域住民である非組合員は潜在的組合員としても医療サービスを利用できること、「組合員の民主的に形成された意思で利用を組合員以外に認めることとするのは当然の組合の権利」と員外利用への認識を示しで、医療生協の員外利用規制を勤労人民の医療保障の権利を侵害すると指摘する。

大野（2010）は、生協法改正に伴う医療と福祉事業の明文化と員外利用規制について、「従来にも増して医療生協の公益的な役割が注目され、期待されることにもなる」とし、「生協の申請によって許可された状態から、それとかわりなく員外利用が前提とされている常態は、医療生協の側のいっそうの自覚と対応を促すものになる」と積極的に評価する³¹。一方で、山下（2012）は、旧生協法では「医師法の応召義務に反する員外利用規制は受け入れられなかった」が、改正生協法による員外利用規制の明示を「実態としては法規制の強化であった」とする³²。山下は医師法による応召義務に変更がない中での員外利用規制を問題と捉える。

小川による員外利用規制への懸念は、医療生協の組合員のあり方を整理するものであり、医療生協の組合員のあり方の基本的な性格を示す。つまり医療生協の組合員とは、生協法の文言どおりのメンバーシップとしての位置づけではなく、その文脈に地域住民が「潜在的組合員」として存在を確認するものである。改正生協法における員外利用のあり方をめぐっては、大野、山下の主張に相違がある。だが、その言質をどの立ち位置から発しているかを考えると、どちらも適切な主張でもある。大野のように医療生協の組織運営を実際に進める立場からすれば、許可を求める手続きなしに医療事業がやっと認められた思いになるし、山下は研究者としての客観的な立場から冷静に検討しており、それぞれの立ち位置からの見解と考えられる。

組合員利用と員外利用の観点から概観すると、生協が医療を事業とすることは、当然、地域住民が利用者となる前提がある。医療は特定の人にだけ提供ものでなく、万人に開かれていなければならない。地域住民が医療生協の組合員として自覚的になるには、医療生協の医療事業利用に際して組合員加入するとともに、医療生協の組織活動への参画等での実感が必要となる。地域住民である非組合員は潜在的組合員であるとの認識は、医療はすべての人たちに開かれ、アクセスできるものとしての医療サービスの特異性からも確認できる。広義の組合員とは、潜在的組合員を含めた組合員、つまり定款地域にいらしている地域住民が想定できる。当然、その中には障害を抱えた人や生活困窮の人たちも存在し、彼らを包含した地域住民とも言えるはずだ。さまざまな人たちが地域で「くらし」を営んでおり、医療生協は地域住民を組合員として事業と運動を進めている。

2) 事業について

生協法では、第10条で8つの事業を定め、医療や福祉の事業を「6組合員に対する医療に関する事業、7高齢者、障害者等の福祉に関する事業であって組合員に利用させるもの」とする³³。改正生協法により事業として医療と福祉が明示されたが、以前は第10条に医療や福祉の定めはなく、「組合員の生活に有用な協同施設を設置し、組合員に利用させる事業」の「有用な協同施設」を解釈して医療事業の根拠としていた。生協法制定過程で「有用な協同施設」は具体的に「医療施設」の想定があり³⁴、旧生協法では生協による医療事業の運営に関する根拠がないとの指摘には当たらない³⁵。

協同組合原則であるICA声明では「共同所有で民主的に管理する事業体」が、組合員の「共通の経済的、社会的、文化的ニーズと願いをかなえる」ものを具体的な事業を想定する。協同組合が医療や福祉事業を行うことは何を意味するのか。「共通の経済的、社会的、文化的ニーズと願いをかなえる」ものとしての事業活動には、「共同所有で民主的に管理する事業体」が主体となる。関（2016）は、テナニースのゲマインシャフトとゲゼルシャフトを引き合いにして、協同組合の立ち位置を「ゲマインシャフト的性格とゲゼルシャフト的性格の両方を有する人的結合体」とする。この二面性のバランスが大切で「軸足を左に置くとゲマインシャフト的となり、右側に行き過ぎると株式会社になってしまう危険性がある」とする。ゲマインシャフトの精神があるからこそ、貧困や差別の問題への取り組みると分析する。「共同所有で民主的に管理する事業体」としての協同組合の事業に取り組む視座がうかがえる。また、医療生協の事業の特徴は、ペストフの共同生産が見出せることは既述したとおりである。

川口（1996）は生協である購買生協と医療生協の事業の位置関係を考察した。購買生協が提供するサービスや商品は、市場を通じて他の民間企業と同じように流通することから、より「市場」に近いところに位置するのに対して、「医療生協は公的医療保険制度によって、より「国家」に近いところに位置している³⁶」と指摘する。公的社会保険制度を利用した共助の事業である医療生協の事業は、公益性が強く求められると理解できる。

医療生協の事業である医療事業は、生協法改正によって医療や福祉の事業が独立して生協の事業として位置づけられた。これは医療生協の事業としての医療事業の認識への追認の証左であるし、医療生協の事業は、「共同所有で民主的に管理する事業体」としての組合員の「共通の経済的、社会的、文化的ニーズと願いをかなえる」ものの具体的な事業であり、住民組合員と職員組合員による共同生産の性格も、医療生協の医療事業等に見出せる。

3) 運動について

生協法では、生協の組合員や事業に定めはあっても運動にはふれていない。強いて言うならば、第1条の目的にある「国民の自発的な生活共同組織の発達を図り、もって国民生活の安定と生活文化の向上に期する」となる。小川（1989）は生協法制定過程の国会論議や政府説明資

料から、生協の実践を「民主主義の実践」と表現する。

協同組合原則のICA 声明では「自発的に手をむすんだ人びとが、共同所有で民主的に管理する事業体を通じて、共通の経済的、社会的、文化的ニーズと願いをかなえることを目的」として協同組合組織の方向性を定義する。特に第7原則（コミュニティへの関与）では「組合員によって承認された政策を通じてコミュニティの持続可能な発展のために活動する」とする。

協同組合は、組合員が事業を通じて、協同組合の方向性を組織目的のために「絶えず進めて行くこと」である。ここに運動の必要性が見出せる。篠崎（1998）は「医療生協運動は、生協法とロッジデール原則を日本の現状に創造的に具体化するための実践を通して豊かな医療運動へと成長させていった、戦後日本の新しい医療運動³⁷」と指摘し、「絶えず組織のあり方を考えながらすすむこと」、運動として医療生協のあり方を提示する。医療生協が運動をどう位置づけてきたか見ていこう。

西岡（1982）がいうように、医療生協は1960年代に「医療運動」の位置付けを鮮明に打ち出した。自主的保健活動として班や保健大学等の活動を運動として進めた。野村（1988）は、医療生協運動の特徴を「健康者の運動」とも指摘する。

医療生協運動の一つの形に「医療生協の患者の権利章典」（1991）がある。大野（2009）は「医療生協の患者の権利章典」について、他の医療機関等で掲げる「患者の権利」と比較検討した。「医療生協の患者の権利章典」の最大の特徴は、「医療生協の組合員が自らを律するもの、すなわち、行動規範であり、行動主体は医療生協の組合員である」こと、つまり行動主体が「患者・医療者」の組合員とする特徴だと指摘する。医療を医療者任せにせず、患者である自分たちもかわりを持って実践する医療生協の特徴を織り込んでいる。医療者と患者と、ともに組合員として、医療の場での参加と協同を運動としても位置づける。大野は他の医療機関等の「患者の権利」との差別化をはかる上でも「医療生協の患者の権利」として、「医療生協の」を入れた形での表記を主張している³⁸。

1957年に結成した医療部会は、2010年に医療福祉生協連として改組し、新連合会を結成した。医療福祉生協連は「健康をつくる。平和をつくる。いのち輝く社会をつくる。」を理念とする。理念実現のために「地域まるごと健康づくりをすすめます。地域住民と医療や福祉の専門家が協同します。多くのひとびとの参加で、地域に協同の「わ」をひろげます。」とある。医療生協の4つの特徴を継承し、具体的実践にむけて、組合員に留まらない地域社会全体への保健・医療・福祉に貢献するために、地域住民や地域との協同を進めること、その前提として平和、人権を基礎においたものとなっている。

さらに2013年に、「医療生協の患者の権利章典」を進化させた「医療生協のいのちの章典」を決定した。「医療福祉生協のいのちの章典」は「憲法をもとにした人権が尊重される社会と社会保障の充実をめざす、私たちの権利と責任を明らかにしたものです。」とある。「私たちの権利と責任」とは一体何か。権利とは人権保障や社会保障への「権利」であり、責任はそれら

の権利を不斷の努力で守り抜く「責任」だろう。医療生協運動を進める責任でもあり、権利侵害にある医療や福祉にアクセスできない人々への権利擁護・権利保障への責任とも解釈できる。

生協法では組合員と事業の規定はあるが、運動にふれていない。しかし生協法制定過程での論議や生協法第1条（目的）から文脈を探ると、医療生協運動の蓄積が綿々と受け継がれてきていると言える。医療生協運動は、「住民組合員と職員組合員」という組合員組織が、医療事業における潜在的組合員である地域住民の医療要求を受け止めるために進めた住民運動とも言える。これらはICA声明の定義とともに、第7原則「コミュニティへの関与」の意義が、特に医療生協の医療事業を通じた運動で大きく重なる点である。生協法や協同組合原則のICA声明は、医療生協運動の実践的側面にも合致する。

このように医療生協の組合員、事業、運動について、生協法や協同組合原則等との結節点を確認してきた。「組合員への最大奉仕」は文字通り読めば「組合員のみ」であり、「コミュニティへの関与」に組みさない。しかし、組合員を地域住民の生協活動の入り口として捉え、医療生協の事業と運動をすすめることは、生協法の趣旨を大いに活かし、協同組合原則「コミュニティへの関与」として、「協同組合は組合員が承認する政策にしたがって地域コミュニティの持続可能な発展のために活動する」の趣旨にも合う。「コミュニティの持続的発展」には、当然だが生活困窮者等を包含した政策や実践等が、事業と運動として不可欠である。「組合員のくらしは生協だけで成り立っているわけではなく、地域全体がよくなっていくことで、組合員のくらしの向上が実現³⁹」するということに、さらに医療や福祉を提供する事業を行う立場から、広く地域住民を対象とすることは自明でもある。

医療生協の組合員、事業、運動は、組合員への最大奉仕と公益性の追求とともに、実際には潜在組合員である地域住民に対して広く医療や福祉の事業を提供し、さらに医療や福祉サービスが受けられない人への対応も実践するという公益的性格を持つことも理解できる。

5. 医療生協の組織的特徴から見出せる「事業と運動」の要点整理

医療生協の組合員、事業、運動と概観したが、そこから見出せる医療生協の事業と運動について、医療生協の組織的特徴から整理し、冒頭にあげた「医療生協がなぜ生活困窮者への医療保障に向けた実践を行うか」の理由や意義を見出してみよう。

リム・ボン（1996, 2010）は、医療生協が「医療生協の患者の権利章典」を掲げ、いち早く訪問看護などの地域活動を地道に展開してきた実践から、医療生協運動の「人権啓発活動」しての位置付けを指摘する。さらには、医療生協について国連が1994年に提唱した「人間の安全保障」の観点から運動の意義を整理する。人間の生存や生活、尊厳を脅かすあらゆる種類の脅威を包括的に捉え、これらに対する取り組みを強化する「人間の安全保障」における保健医療分野からアプローチを実践的に行っているのが医療生協運動であるという。医療生協運動の

実践が単に組合員への最大奉仕という意味を超えて、組合員が生活する地域社会全体の人々の暮らしを支える、さまざまな状況にある人々を包含して支援する運動と見出す。

リム・ボン⁴⁰は、組合員組織であるから「組合員の要求実現」を求める事業と運動となるが、「組合員の要求実現をはるかに超えた「社会全体の要求実現」(自らの要求を正確に認識することのできない人々を含めた)に果敢に取り組むことを求められている」という。現在の社会状況は本当の意味で「万人のための活動」を医療生協に求めている。「重要なことは、組合員の活動によって提供される様々なサービスが、組合員たち自身に還元されると同時に、組合員でない人々あるいは医療生協の存在さえ知らない人々にまで波及するかどうかという点である⁴⁰⁾」。社会資本としての医療生協の位置づけを提示する。

医療サービスを事業とする医療生協の組織的特徴において、人々の暮らしにおける医療の平等性を保障しようとする意義を、「人間の安全保障」からも見出せる。医療生協は「人間の安全保障」という観点から、組合員、さらに地域住民へ医療サービスを提供していく事業と運動が求められると解釈できる。

2014年、日本学術会議は「いまこそ、『包摂する社会』の基盤づくりを」という提言をまとめた。昨今の所得格差と貧困が広がりともに、人々の孤立化が進む中で、「社会的包摂を基本概念とした社会政策を通じて、すべての人が潜在的に有する能力をフルに発現できる社会(包摂する社会)の構築に向かう必要があること⁴¹⁾」を述べ、「すべての人々が人権保障された状態である社会的包摂を目指すうえで、民間組織が実際の政策遂行のアクターとしてその重要性を増している⁴²⁾」と指摘する。

生協はメンバーシップによる組合員への最大奉仕を目的とし、また協同組合原則である「コミュニティへの関与」は、「組合員の承認する」条件がある。確かに生協は加入する組合員による民主的な決定を経て、組合員に向けた事業を拡大できる。しかし、加入する組合員だけの総意によっての事業で、本当は事業利用したくでも利用できない提供サービスも出現しうる。しかし、医療にこの条件はあてはめられない。医療は公平性が担保されるべきで、「利用したくても利用ができない」状況が決してあってはならないからだ。医療サービスの特異性からもそうであるし、「医療生協運動は貧困故に十分な医療を受けることができなかった人々の切実な要求から出発した歴史を持つ⁴³⁾」ことから、さらに、「人間の安全保障」として社会的包摂の実践をすすめるべき立場からも明らかである。医療生協による「コミュニティへの関与」とは、医療や介護において人権保障の視点をもった事業や運動であるはずだ。

さらに「医療福祉生協のいのちの章典」では、「憲法をもとにした人権が尊重される社会と社会保障の充実をめざす、私たちの権利と責任を明らかにしたもの」として「私たちの権利と責任」を謳っている。医療生協運動の文脈において「責任」とは、生活困窮者等を含むさまざまな人たちの権利保障を推進していく医療生協運動への責任であることも読み取れる。

2009年、医療生協は福祉事業の位置づけで生活困窮者への医療支援として無低診を始めた。

これまでも「生活困窮者を含めた地域の人々のくらしの支えあい」の事業としての介護福祉サービス、多くの医療生協の病院では差額ベッド代を徴収しない病棟運営をしている。

医療生協運動の蓄積があつてこそ、医療生協による無低診への参画があつたのではないか。無低診は、潜在的組合員を視野に入れた地域社会での「組合員のくらしの支えあい」の具体的実践ではないか。医療生協の住民組合員と職員組合員による事業と運動への共同意思決定が、リム・ボンの指摘する「人間の安全保障」の保健医療分野からのアプローチとして、社会的包摂を志向する具体的実践の必要性を捉えられたからこそ、医療生協の社会的役割として生活困窮者への医療保障を事業としての実践につながつたと考えられないか。

医療生協は、組合員の健康づくり運動へ大きくシフトして事業と運動を進めてきた。確かに組合員要求に「健康で長生き」は根強い。しかし、医療生協が組合員要求の「健康で長生き」への追求は、いわば片輪のみで車を走らせるものではないか。医療生協だからこそ、潜在的組合員を視野に入れた協同組合原則の実践である「コミュニティへの関与」が必要である。潜在的組合員を視野に入れることで、医療アクセスできない地域住民への対応の必要性が顕在化する。社会的包摂を志向した医療や福祉事業への参画は、医療生協の組織的特徴から、地域住民を潜在的組合員として再定義して、さらに医療という公益性を、生協の組合員の視点で追求できたからこそ、必要性を見出せたのではないか。医療生協の無低診への参画は、運動の文脈でも無低診そのものの意味が大きく変容させた⁴⁴。2017年7月現在、医療生協で無低診を実施している法人は46%程度となっている⁴⁵。

医療生協の事業と運動を「組合員のくらしの支え合い」という視点から検討すると、医療生協は単に生協法の文言どおりに組合員や事業を位置づけているのではなく、生協法制定過程における論議や国際的な協同組合原則から、メンバーシップの組合員組織ではあるものの、地域住民のニーズに応える事業や運動であることもわかる。生活困窮者への医療保障について、医療生協の組織的特徴からは、潜在的組合員を視野に入れた協同組合原則の実践である「コミュニティへの関与」、医療アクセスできない地域住民への対応として、社会的包摂を志向した医療や福祉事業への参画を見出せる。

6. まとめと残された課題について

医療生協の組織的特徴を先行研究等から見出しながら、「医療生協がなぜ生活困窮者への医療保障に向けた実践を行うのか」、答えを探求してきた。

住民組合員と職員組合員という組合員組織特性を持った公益性を追求すべき生協が、医療サービスの特異性から公益性を志向する医療生協を形づくった。つまり、医療生協の組織的特徴から、組合員要求が「医療という特殊性を通じた運動」を経て、地域要求として医療生協運動が進化した。こうした医療生協運動が歴史的に人権性を持った医療運動として地域に根付い

た。協同組合原則にある「コミュニティへの関与」として医療アクセスができない潜在的組合員への医療保障に資する運動や、人間の安全保障の実践として、社会的包摂を志向する医療保障に向けた実践も、医療生協運動があったからこそその発想と考えられる。

このように問いへの答えを導き出せたが、「医療生協だから生活困窮者への医療保障に向けた実践を行う」という必要条件を満たすにはさらに精査が必要となる。また、生協の多様な実践から、生協の一形態としての医療生協を、限定的に捉えてよいのかという問題もある。生協は当然ながらメンバーシップの組織であり、組合員要求に多様に応えるべきだし、購買生協等ではきめの細かな組合員要求実現に向けて生協組織がつくられている。

課題は多くの残されているものの、医療生協がなぜ生活困窮者への医療保障に向けた事業と運動を行うのか、その一端について医療生協の組織的特徴を整理することから見出すことができた。医療生協運動が、医療や福祉の事業を通じて地域コミュニティへ参画することで、地域社会にどんな意味を持つのか。生協の持つメンバーシップの共益性が、地域の共益性、さらに公益性につながっていく。医療生協の抱える共益性と公益性の矛盾は、医療生協運動による地域コミュニティへの参画によって、統合されていくのではないだろうか。

〔注〕

- 1 無低診とは社会福祉法第2条第3項の規定にある無料又は低額な料金で診療を行う事業で、窓口一部負担金減免を行う第2種社会福祉事業。社会福祉法人や公益法人の医療機関で行う事業。国は新規事業を抑制していたが、生協法人は2009年以降に事業参画した。
- 2 日本生活協同組合連合会社会保障政策検討委員会(2014)「助け合い、支えあう社会へ——社会保障政策検討委員会最終報告」, pp. 21-22
- 3 1900年(明治33年)に制定となった産業組合法は、特に農村部での貧農層へ救済と農業振興のための協同組合(農業協同組合)づくりにねらいがあった。都市部での協同組合づくりも包含して、後に消費組合、生協と呼ばれる組織を「市街地購買組合」と位置づけた。
- 4 <http://lib.jccu.coop/LaboBookSrch/Cgi/LaboBookSrchCgi.exe> 2017年9月16日検索
- 5 篠崎(1998)は「医療生協の運動は、生協を医療の民主化のすぐれた実践と舞台として選択したひとびとが、生協法とロジデール原則を日本の状況に創造的に具体化するための実践をととして豊かな医療運動へと成長させていった、戦後日本の新しい医療運動」とする。
- 6 浅井純二(2010)「医療生活共同組合組織化の史的考察——伊勢湾台風被災地の名古屋市南区南部の事例から——」日本社会福祉学会『社会福祉学』Vol. 50-4: 24-25
- 7 篠崎次男(1981)「地域医療と医療生協運動」坂寄俊雄編『地域生活と生協運動』法律文化社, p. 145
- 8 川口啓子(2003)「1950年代における医療生協の生協法人選択理由についての調査と考察」大阪健康福祉短期大学紀要『創発』創刊号, p. 34
- 9 日野(1979)は医療要求の特徴として、①全体性、②個別性、③包括性・連続性、④時間的・場所的不定性、⑤非経済性、⑥自己判定困難性の6つを挙げて、どの社会体制でもあらゆる歴史を貫いても存在する歴史貫通の特徴として医療要求の特徴を整理した。
- 10 西岡は、厳粛性について「……問われるべきことは医療労働が商品＝資本関係のうちの包摂される家庭を通していかに変革の主体的＝客観的条件が成熟し、かつそれが現実のものになるか見定める

ことである」「医療行為はそのものの人間的存在との深いかかわりあいである一般的に医療と特殊性はその公共性とか緊急性、個別性において説かれてきた。しかしそれ以上に深く立ち入るべきことは、人間のあらゆる営為の中での医療行為のもつ重みである」として川喜多愛郎『近代医学の史的基盤』における「医療の厳肅性」より提示した。

- 11 西岡幸泰（1982）「医療生活協同組合の系譜と現状」『専修大学社会科学年報』（16），pp. 231-234
- 12 医療生協の理念は1977年に定められ今日に至っている。日本医療福祉生活協同組合連合会編（2012）「医療福祉生協入門」，p. 32
- 13 医療部会による第1回医師交流会（1968年2月16日～17日）で大阪大学衛生学教室の日野秀逸が当時の第一線の医療のあり方の整理と医療生協の概念規定の私案を提起した。日野は患者の疾病の社会的背景としての国家独占資本による「経済と政治が一体となった管理機構の構築」とそれにもとづく「労働力の全面的な管理」の状況から、くらしや労働の視点から医療生協が進めるべき方向性等を示した。日本生活協同組合連合会医療部会編『医療生協の挑戦——医療部会50年のあゆみ』2008年4月，p. 53
- 14 西岡（1982），p. 237
- 15 日野は医療部会1994年下期単協代表者会議（1995年2月20日～22日）のシンポジウム「21世紀に向けた医療生協の社会的役割と価値」において「職員も同じ組合員ではないのですか。……むしろ住民組合員・勝因組合員がベターだと思っています」と述べ、医療生協の組合員の特徴を端的に表現し定義づけた。
- 16 川口啓子（1997a）「医療生協の組織的特徴に関する考察——『国連調査報告書』及び自己規定の再検討を通して」『東北大学研究年報『経済学』Vol. 61, No. 2, p. 70
- 17 川口（1997a）同書，p. 72
- 18 山下智佳（2014）「医療市場における「信頼」資源投入による医療ガバナンスのあり方——「参加」型モデルと医療生協における検証——」明治大学大学院経営学研究科博士論文，p. 73
- 19 山下（2014）同書，p. 74
- 20 大野博（2016）「医療生協と法制度」『各種協同組合の法制度改革の課題』生協総研レポーター No. 79, p. 27
- 21 大野博（2010）「生協法改正と医療生協の管理運営の課題」『生活協同組合研究』Vol. 418, pp. 27-28
- 22 大野（2010）同書，p. 28
- 23 大野（2010）同書，p. 34
- 24 「組合員参加が医療・介護のサービスの質を高める——インタビュー：ビクトール・A・ペストフ」日本医療福祉生活協同組合連合会「理論誌 Review and Research」Vol. 6, 2016年3月，pp. 22-23
- 25 日野秀逸（2009）『地域から健康をつくる——医療生協という挑戦』新日本出版社，p. 137
- 26 1961年以降、国民皆保険体制になり厚生省は医療生協の役割は終わったとして法人認可を渋る傾向になったという。『日本生活協同組合連合会二十五年史』（1977），p. 169。また、生協法の医療事業への想定は、第二回国会衆議院厚生委員会議事録第二十四号（1948年7月）において、政府委員より、医療施設との回答がある。
- 27 2項組合員は定款地域外で組合利用を認められた組合員だが、医療生協における職員組合員は医師や看護師などの外部からの医療従事者の割合が高いことが推測できる。
- 28 ICA 国際協同組合同盟は、1937年に世界の協同組合共通原則として協同組合原則を7つの原則をまとめた。生協法は1937年の協同組合原則を生協法第2条に定める「組合基準」に対応した。国際協同組合原則は、1966年と1995年に改定し、現在は1995年改定の協同組合原則による。宮部好宏（2004）『生協法を考える』コープ出版，pp. 17-21
- 29 小川政亮（1989）「生存権と医療生協——生協規制、特に員外利用禁止の不当性について」日本福

祉大学研究紀要第79号, pp. 1-3

- 30 小川 (1989) 前掲書, pp. 4-8
- 31 大野 (2010) 前掲書, p. 30
- 32 山下 (2014), 前掲書, p. 72
- 33 生協法では組合員に利用させる事業として, 購買, 協同施設, 生活文化, 組合員教育, 医療, 福祉, 関連付帯事業を上げている。
- 34 第二回国会衆議院厚生委員会議事録第二十四号 (1948年7月5日) には, 民主自由党の有田二郎委員の「「有用なる協同施設」というのはどういうことを政府としては御計画になっておられますか。」に, 厚生事務官の木村政府委員が「これは浴場, 理髪, あるいは医療施設といったようなものでございます。」と回答している。
- 35 中田直人 (1990)「確固とした法的存在『医療生協』——『大塚鑑定書』『埼玉県医師会所見』を批判する——」茨城大学政経学会雑誌 No. 58, pp. 51-63 に詳しい。
- 36 川口啓子 (1996)「非営利組織としての医療生協」医療経済研究会『医療経済研究会会報』第52号, p. 19
- 37 篠崎次男 (1998)「医療生活協同組合の「4つの系譜」をめぐって」『医療経済研究会会報』No. 58, p. 17
- 38 大野博 (2009)「医療生協の患者の権利章典——その輝きと未来——」『日本生協連医療部会50周年記念論文』pp. 18-37
- 39 日本生協連は「生協の福祉ビジョン」(2007)から, 生協福祉の今後の発展方向として, 4つの視点を提起した。その1つに「生協としての社会的役割の発揮」をあげ, 貧困・格差に対応する取り組みを提起した。日本生活協同組合連合会地域福祉研究会 (2010)「誰もが安心して暮らせる地域づくり～新たな一歩をふみだすために～」pp. 34-35
- 40 リム・ボン (2010)「新・医療生協論——変革のパラダイム——」『生活協同組合研究』No. 418, p. 7
- 41 日本学術会議社会学委員会経済学委員会合同包摂的社会政策に関する多角的検討分科会 (2014)「いまこそ『包摂する社会』の基盤づくりを」p. 2
- 42 前掲書, p. 10
- 43 リム・ボン (2010)「新・医療生協論——変革のパラダイム——」『生活協同組合研究』No. 418, p. 9
- 44 無低診の運動文脈においての変容は, 杉山貴士 (2015)「戦後日本における医療福祉事業の歴史の変遷からの一考察——国民皆保険体制の下での無料低額診療事業の位置づけをめぐって」佛教大学社会福祉学部論集第11号を参照のこと。
- 45 2017年7月現在, 111医療生協法人のうち51法人が無料低額診療事業を実施している。2008年以前は「ゼロ」だったので, 急速に実施生協法人が増えたことになる。

〔参考文献〕

- ・小川政亮 (1990)『人権としての社会保障原則』ミネルヴァ書房
- ・賀川豊彦 (2012)『復刻版協同組合の理論と実際』日本生活協同組合連合会出版部
- ・川口啓子 (1999b)「介護保険下に於ける福祉サービス提供事業と生活協同組合——組織的特徴に注目して」協同組合研究第19巻第4号・夏季号
- ・協同組合経営研究所編 (1965)『協同組合原則とその解明』
- ・斉藤嘉璋 (2003)『＜改訂新版＞現代日本生協運動小史』コープ出版

- ・篠崎次男（1992）『医療における住民参加の実践 証言・医療生協運動』日本生活協同組合連合会医療部会
- ・野村拓（1990）『日本の医療と医療運動』労働旬報社
- ・日野秀逸（1979）『医療と社会』日本生活協同組合連合会医療部会
- ・日野秀逸（1999）「医療生協と高齢者——特色ある健康観・医療観と総合的取り組み」協同組合研究 第19巻第4号・夏季号
- ・日本生活協同組合連合会編（2001）『21世紀に拓く新しい協同組合原則』コープ出版
- ・日本協同組合学会訳編（2010）『21世紀の協同組合原則』日本経済評論社
- ・日本生活協同組合連合会地域福祉研究会報告書（2010）「誰もが安心して暮らせる地域づくり～新たな一歩をふみだすために～」
- ・日本生活協同組合連合会（2011）「日本の生協の2020年ビジョン」
- ・日本生活協同組合連合会（2015）『12訂版生協関係法令集』コープ出版
- ・医療部会50年史編纂委員会（2007）『日本生活協同組合連合会医療部会50年史』日本生活協同組合連合会医療部会
- ・ビクター A. ペストフ、藤田暁男ほか訳（2000）『福祉社会と市民民主主義——協同組合と社会的企業の役割——』日本経済評論社
- ・宮部好弘（2004）『生協法を考える』コープ出版
- ・リム・ボン（1996）「医療生協のまちづくり——楽しい健康文化をめざして」日本生活協同組合連合会医療部会虹のブックレット No. 40

（きしもと たかし 社会福祉学研究科社会福祉学専攻博士後期課程）

（指導教員：横山 壽一 教授）

2017年9月28日受理